FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1965

THÈSE

N° 194

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Ali BEL KAHIA

Né le 7 Février 1930, à Bizerte (Tunisie)

Présentée et soutenue publiquement le 1er avril 1965

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES EPITHELIOMAS DE LA PARTIE ANTERIEURE CARTILAGINEUSE DE LA CLOISON NASALE

Président : M. AUBRY, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS — 1965

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1965 **THÈSE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Ali BEL KAHIA

Né le 7 Février 1930, à Bizerte (Tunisie)

Présentée et soutenue publiquement le 1er *avril* 1965

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES EPITHELIOMAS DE LA PARTIE ANTERIEURE CARTILAGINEUSE DE LA CLOISON NASALE

Président : M. AUBRY, Professeur

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK - LEIDEN -

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS — 1965

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

Doyen : Gaston CORDIER,

1er assesseur : Daniel BARGETON — 2e assesseur : Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	Delmas (A.)
Anatomie pathologique	Delarue (J.)
Anesthésiologie	Baumann (J.)
Biochimie médicale	Jayle (M.-F.)
Biologie appl. à l'Education physique et aux sports	Malmejac (J.)
Biologie médicale	Fauvert (R.)
Biophysique médicale	Bugnard (L.)
	Dognon (A.)
	Djourno (A.)
Cancérologie méd. et soc.	Bernard (J.)
Chimie pathologique	Schapira (G.)
Embryologie	Tuchmann (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Joannon (P.)
Histologie	Giroud (A.)
Hygiène et méd. préven.	Boyer (J.)
Médecine du Travail	Desoille (H.)
Médecine légale	Derobert (L.)
Microbiologie (Bactériol. et virologie)	Fasquelle (R.)
Parasitologie	Brumpt (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	Laurence (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathol. expér. et comparée	Merklen (F.-P.)
Pathologie médicale	Laroche (Cl.)
	Bricaire (H.)
Pathologie respiratoire	Turiaf (J.)
Pathol. et thérap. générales	Deparis (M.)
Pharmacologie	Cheymol (J.)
Physiologie	Bargeton (D.)
	Parrot (J.)
Physiol. et pathol. obstét.	Lepage (F.)
Radiologie médicale	Desgrez (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	Cauchoix (J.)
Thérapeutique	Conte (M.)
Thérapeutique appliquée	Lamotte (M.)

b) Professeurs a titre personnel :

Anatomie anthropologique	Olivier (G.)
Biochimie médicale	Desgrez (P.)
	Polonovski (J.)
Biologie médicale	Bourlière (F.)
Pharmacologie	Lévy (Mlle J.)
Physiologie	Dejours (P.)
Physique médicale	Kellershohn (L.)
	Gougerot (L.)
Radiologie médicale	Fischgold (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

Cliniques :	
— carcinologique chirurg. (Necker)	Redon (H.)
— cardiol. (Broussais)	Soulié (P.)
— chirurgicales : *Beaujon :* Lortat-Jacob (J.-L.) ; - *Cochin :* Leger (L.) ; - *Hôtel-Dieu :* Patel (J.) ; - *Pitié :* Cordier (G.) ; - *Saint-Antoine :* Gosset (J.) ; - *Salpêtrière :* Sicard (A.) ; - *Tenon :* Olivier (Cl.).	
— chirur. infant. et orthop. (Enfants-Malades)	Fèvre (M.)
— chirurg. orthopéd. et traumatol. (Cochin)	Merle d'Aubigné (R.)
— chirurgie cardio-vascul. (Broussais)	Dubost (Ch.)
— chirurg. pleuro-pulmon. (Laënnec)	Mathey (J.)
— endocrinologique (Pitié)	Decourt (J.)
Cliniques :	
— Génétique médicale (Enfants-Malades)	Lamy (M.)
— gynécologique (Broca)	Huguier (J.)
— maladies cutanées et syphilit. (Saint-Louis)	Degos (R.)
— maladies des Enfants (Enfants-Malades)	Turpin (R.)
— maladies infectieuses (Claude-Bernard)	Mollaret (P.)
— maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)	Delay (J.)
— malad. métab. (Necker)	Hamburger (J.)
— maladies du sang (Broussais)	Marchal (G.)
— maladies du système nerveux (Salpêtrière)	Castaigne (P.)

Cliniques :	MM.
— médicales : *Broussais :*	Milliez (P.), Lenègre (J.) ; - *Cochin :* Brouet (G.) ; - *Hôtel-Dieu :* Bariéty (M.) ; - *Lariboisière :* Sèze (S. de) ; - *Pitié :* Dreyfus (G.) ; - *Saint-Antoine :* Kourilsky (R.), Boudin (G.).
— d'hydrologie et de climatologie (Bichat) ..	Debray (Ch.)
— médicale infantile de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	Marie (J.)
— médicale propédeutique (Broussais)	Justin-Besançon (L.)
— médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	Derot (M.)
— neuro-chirurgie (Pitié) .	David (M.)
— neurolog. (Salpêtrière)	Garcin (R.)
— obstétricales : *Baudelocque :*	Lacomme (M.) ; - *Foch* (Suresnes) : Merger (R.).
— obstétricale et gynécol. (Port-Royal)	Varangot (J.)
— ophtalmol. (Hôtel-Dieu)	Renard (G.)
» (Cochin) ..	Offret (G.)
— oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	Aubry (M.)

Cliniques :	MM.
— pédiatrie et de puéricul. (Saint-Vincent-de-Paul)	N...
— pneumo-phtisiologie (Laennec)	Bernard (E.)
— neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière) . ..	Michaux (L.)
— rhumatologie médicale et sociale (Cochin) ..	Coste (F.)
— stomato. (Salpêtrière) .	Dechaume (M.)
— thérapeutique chirurg. (Vaugirard)	Roux (M.)
— thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	Lemaire (A.)
— toxicologique	Gaultier (M.)
— urologique (Cochin) .	Aboulker (P.)
— chirurg. orthopédique et traumatologique ..	Padovani (P.)
Séméiologie médicale . ..	Domart (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	Poilleux (F.)
Séméiologie traumatique et orthopédique	Judet (R.)
Clinique urolog. (Necker)	Couvelaire (R.)
Hygiène et clinique de la 1re enfance (Trousseau)	N...

b) Professeurs a titre personnel :

Hydrologie et climatologie	Giberton (A.)
Maladies infectieuses . ..	Bastin (R.)
Oto-Rhino-Laryngologie .	Maduro (R.)
Pneumo-Phtisiologie . ..	Kreis (B.)
Médecine :	Azerad (E.) ; Bour (H.) ; Lambling (A.) ; Lhermitte (F.) ; Pequignot (H.) ; Perrault (M.) ; Siguier (F.) ; Worms (R.).
Rhumatologie	Delbarre (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

Anatomie : MM. Cabrol (C.) ; Couinaud (C.) ; Gillot (C.) ; Hureau (J.).

Anatomie pathologique : Mlle Gauthier-Villars (P.) *pr. s. ch.* MM. Abelanet (R.) ; Chomette (G.) ; Gouygou (Ch.), *pr. s. ch.* ; Nezeloff (Ch.) ; Orcel (L.) ; Paillas (J.).

Anesthésiologie : Mme du Bouchet ; MM. Kern (E.) ; Vourc'h (G.).

Bactériologie : MM. Barbier (P.) ; *pr. s. ch.* ; Christol (D.) ; Daguet (G.) ; Le Minor (L.) ; Tournier (P.).

Biochimie médicale : MM. Baulieu (Et.), *m. conf.* ; Bourillon (R.) ; Cartier (P.), *pr. s. ch.* ; Cornillot (P.) ; Dreyfus (J.-Cl.) ; Gonnard (P.) ; Jérome (H.) ; Kruh (J.) ; Legrand (J.-Cl.) ; Nordmann (J.).

Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports : M. Plas (F.).

Biologie médicale : MM. Benhamou (J.-P.) ; Boivin (P.) ; Hartmann (L.), *pr. s. ch.*

Carcinologie : MM. Boiron (M.) ; Denoix (P.) ; Mathé (G.) ; Seligmann (M.).

Cardiologie : M. Hatt (P.-Y.).

Dermato-Syphiligraphie : MM. Civatte (J.) ; Duperrat (B.) ; Hewitt (J.) ; Touraine (R.).

Electro-Radiologie : MM. Heitz (F.), *m. conf.* ; Ledoux-Lebard (G.).

Embryologie : M. Roux (Ch.).

Hématologie : MM. Bessis (M.) ; Bilski-Pasquier (G.) ; Dausset (J.) ; Duhamel (G.).

Histologie : MM. Coujard (R.), *p. s. ch.* ; Da Lage ; Marois (M.) ; Racadot (J.) ; Schramm (B.).

Hydrologie : MM. Besançon (F.) ; Cornet (A.).

Hygiène : MM. Blancher (G.) ; Corre-Hurst (Mme L.) ; Roussel (A.) ; Sapin-Jaloustre (H.)

Maladies infectieuses : MM. Dupont (V.) ; Lissac (J.) ; Rapin (M.).

Maladies métaboliques : MM. Antoine (B.) ; Crosnier (J.) ; Richet (G.) ; Sebaoun (J.).

Médecine légale : MM. Bourguignon (A.) ; Fournier (E.) ; Gueniot (M.) ; Hadengue (A.)

Médecine du Travail : M. Albahary (C.).

Neuro-chirurgie : M. Pertuiset (B.).

Neuro-Psychiatrie : MM. Cambier (J.) ; Cathala (H.) ; Escourolle (R.) ; Gautier (J.-Cl.) ; Lapresle (J.) ; Lereboullet (J.) ; Pichot (P.) ; Tardieu (G.)

Obstétrique : MM. Granjon (A.) ; Hervet (E.) ; Le Lorier (G.) ; Lévy (J.) ; Lewin (D.) ; Musset (R.) ; Robey (M.) ; Seneze (J.) ; Sureau (C.) ; Tchobroutsky (Mme C.) ; Thoyer-Rozat (J.).

Ophtalmologie : Mmes Auvert (B.) ; Fontaine (M.) ; MM. Brégeat (P.) ; Dubois (A.) ; Saraux (H.).

Orthopédie : MM. Duparc (J.) ; Maurer (P.) ; Meary (R.) ; Postel (M.) ; Ramadier (J.)

Oto-Rhino-Laryngologie : MM. Debain (J.) ; Pialoux (P.) ; Sergent (H.).

Parasitologie : MM. GOLVAN (Y.); HO THI SANG (Mlle); LAPIERRE (J.)
Pathologie chirurgicale : MM. BARCAT (J.); BINET (J.-P.); BLONDEAU (Ph.); CERBONNET (G.); CHATELIN (C.-L.); DAUTRY (P.); DEMIRLEAU; DUBOST (Cl.); FAUREL (J.); FLABEAU (F.); GALEY (J.-J.); GARBAY (M.); GARNIER (H.); GAUDART-D'ALLAINES (Cl. DE); GERMAIN (A.); LATASTE (J.); LOYGUE (J.); MAILLARD (J.-N.); MERCADIER (M.); NATALI (J.); PELLERIN (D.); PERROTIN (J.); PRÉMONT (M.); ROBERT (H.); THOMERET (G.); VAYSSE (J.).
Pathologie exotique : M. SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale : MM. BERTHAUD (P.); COTTENOT (Fr.); LŒPER (J.), *pr. s. ch.* ; MAURICE (J.); MIKOL (Cl.); PAUPE (J.-R.)
Pathologie médicale : MM. ACAR (J.); AUQUIER (L.); AUSSANNAIRE (M.); BEAUMONT (J.-L.); BERNIER (J.-J.); BOUVIER (J.); BOUVRAIN (Y); BRISSAUD (H.); BROCARD (H.); BUGE (A.); CANIVET (J.); CARLOTTI (J.); CATINAT (J.); CHRÉTIEN (J.); CLOAREC (M.); COBLENTZ (B.); CONTAMIN (F.); COURY (C.); DEBRAY (J.); ETIENNE (J.-P.); FREZAL (J.); FRITEL (D.); FUNCK-BRENTANO (J.-L.); GRIVAUX (M.); HAZARD (J.); HENNEQUET (A.); HIMBERT (J.); HOUSSET (E.); LAGRUE (G.); LESOBRE (R.); LEVEQUE (B.); MACREZ (C.); MOREAU (L.); NENNA (A.); NICK (J.); POULET (J.); ROYER (P.); TCHERDAKOFF (Ph.); THIBAULT (Ph.); TOURNEUR (R.); VILLIAUMEY (J.); WOLFROMM (R.).

Pédiatrie-Puériculture : MM. ALAGILLE (D.); ALISON (J.); CANLORBE (P.); GORIN (R.); LAFOURCADE (J.); LEPERCQ (G.); LESTRADET (H.); MALLET (R.); MANDE (R.); MINKOWSKY (A.); MOZZICONACCI (P.); POLONOVSKI (C.); REY (J.); RIBIERRE (M.); ROSSIER (A.); VIALATTE (J.);
Pharmacologie : MM. BOISSIER (J.); LECHAT (P.).
Physiologie : MM. BARRES (G.); DURAND (J.); GIRARD (Fr.), *m. conf.* ; HUGELIN (A.); LAURENT (D.); SCHERRER (J.), *pr. s. ch.* ; VASSEUR (B.);
Physique médicale : MM. CHANTEUR (J.); COURSAGET (J.); GREMY (F.), *m. conf.* ; MILHAUD (G.); PAGÈS (J.-Cl.); PELLERIN (P.); ROUCAYROL (J.-C.), *pr. s. ch.* ; TUBIANA (M.), *m. conf.*
Pneumo-phtisiologie : MM. DECROIX (G.); ISRAEL (L.); MEYER (A.); RENAULT (P.); SORS (Ch.).
Psychiatrie infantile : MM. DENIKER (P.); DUCHE (D.); FLAVIGNY (H.).
Radiologie médicale : MM. DUBOST (J.); LEFEBVRE (J.); MICHEL (J.-R.).
Rhumatologie : M. MASSIAS (P.).
Stomatologie : MM. CAUHEPE (J.); CERNEA (P.); CHAPUT (Mme A.), *m. c. agr.* ; CREPY (Cl.); FLEURY (R.); GRELLET (M.).
Thérapeutique : MM. CHASSAGNE (P.); FOUET (P.); LABET (R.); MARCHE (J.).
Urologie : MM. AUVERT (J.); MOULONGUET (A.); QUENU (L.).

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

Anatomie : M. DEBEYRE (J.).
Clinique chirurgicale : M. VERNE (J.-M.).
Clin. médic. : MM. RAMBERT (P.); THIEFFRY (S.).
Clinique obstétricale : MM. GRASSET (J.); MAYER (M.); MORIN (P.).
Clinique ophtalmologique : M. DESVIGNES (P.).
Clinique pédiatrique et puéri. : M. LAPLANE (R.).
Clinique psychiatrique : M. BARUK (H.).
Clinique urologique : M. KUSS (R.).

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie : M. HAUDUROY (P.), *pr. s. ch.*
Pathologie chirurgicale : M. RUDLER (J.), *pr. s. ch.*

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

M. BOLTANSKI (E.) — M. LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté : M. LENA (J.)
Conseiller administratif : Mlle CHAINTREUIL (G.).
Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine : M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateurs : Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.).
Bibliothécaires : Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlle LAURENT (H.); Docteur SCHILLER (J.).

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA CHERE MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MES FRERES ET SŒURS

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AUBRY

Professeur de Clinique Oto-Rhino-Laryngologie
Oto-Rhino-Laryngologiste des Hôpitaux de Paris
Officier de la Légion d'Honneur

Qui m'a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il veuille trouver ici l'expression de ma respectueuse gratitude.

A MON MAITRE

LE DOCTEUR G. LOISEAU

Oto-Rhino-Laryngologiste des Hôpitaux de Paris

Qui a dirigé nos premiers pas sur la spécialité et l'enseignement précieux que nous y avons reçu.

Nous lui exprimons notre infinie reconnaissance pour l'accueil qu'il nous a réservé dans son service et pour la confiance qu'il nous a témoignée.

Qu'il permette à son dévoué élève de lui exprimer sa profonde gratitude.

A MON MAITRE

LE DOCTEUR MARCHAND

Oto-Rhino-Laryngologiste des Hôpitaux de Paris

Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse et nous a conseillé, guidé, tout le long de notre travail.

En reconnaissance, aussi de la bienveillante sympathie qu'il nous a manifestée en toutes circonstances.

Qu'il trouve ici l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre entier dévouement.

A LA MEMOIRE DE MON MAITRE

LE DOCTEUR CLERC

Oto-Rhino-Laryngologiste des Hôpitaux de Paris

Pour l'aimable accueil qu'il nous a fait dans son service et l'enseignement précieux que nous y avons reçu.

Hommage à sa mémoire.

A TOUS MES MAITRES
DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

Hommages respectueux.

INTRODUCTION

Les épithéliomas de la cloison nasale présentent deux variétés assez différentes, par leur siège, leur nature histologique, leur évolution anatomique et leur pronostic.

1) Les épithéliomas de la cloison cartilagineuse, habituellement épithéliomas épidermoïdes plus ou moins différenciés, évoluant vers le bas et dont le pronostic est relativement favorable.

2) Les épithéliomas de la cloison osseuse, habituellement épithéliomas glandulaires, évoluant vers le haut, vers l'ethmoïde, les méninges et l'endocrâne. Leur pronostic est des plus graves.

L'objet de notre thèse sera d'étudier les épithéliomas de la cloison nasale cartilagineuse, à l'exclusion des épithéliomas de la cloison osseuse.

Les épithéliomas de la cloison nasale antérieure sont connus pour leur rareté, mais ils ne sont pas exceptionnels. Ils ont fait l'objet de publications clairsemées, éparses dans la littérature oto-rhino-laryngologique. Notre contribution à l'étude des épithéliomas de la cloison cartilagineuse consiste en trois observations relevées en l'espace de deux ans à la Pitié, dans le Service de notre Maître, le Docteur Loiseau.

HISTORIQUE

Parmi les travaux consacrés aux épithéliomas de la cloison cartilagineuse, nous retiendrons ceux de LEROUX-ROBERT et ENNUYER en 1951, puis de GIGNOUX et GAILLARD en 1955. La thèse de LOMPART publiée à Lyon en 1956 et inspirée par M. GIGNOUX constitue un excellent travail d'ensemble sur cette question.

En 1963, BÉRARD et GANDON rapportèrent un cas, et P. PONCET en 1964 fit une excellente et complète étude de la question à la *Société Latine d'O.R.L.* au Congrès de Bologne.

Si nous analysons les différentes publications, nous voyons :

1° Que le cas de LEROUX-ROBERT et ENNUYER en 1951, était un épithélioma épidermique à évolution épidermoïde complète, traité par résection électro-chirurgicale de la moitié antérieure de la cloison. La guérison se maintenait depuis six ans en 1951.

2° Les cas de GIGNOUX et GAILLARD parus dans la thèse de LOMPART en 1956, comprennent :

— 11 épithéliomas épidermoïdes spino-cellulaires;
— 1 baso-cellulaire;
— 1 épithélioma épidermoïde atypique.

Quant au résultat :

— Six cas ont plus de 5 ans de recul. Cinq d'entre eux ont une guérison de plus de 5 ans;
— Les sept autres, ont été traités au cours des cinq années qui ont précédé la parution de la thèse. Cinq d'entre eux ont un résultat satisfaisant, mais un recul insuffisant pour conclure.

3° L'observation de F. Bérard et Gandon en 1963.

Femme âgée de cinquante-deux ans qui présentait une ulcération antéro-postérieure importante de la cloison. Elle n'atteint pas le bord antérieur de la cloison, ni son bord supérieur ; par contre, elle atteint en bas et en arrière le segment osseux; ses bords sont épaissis, granuleux et saignent. C'est un épithélioma spino-cellulaire histologiquement.

Abord par la voie Rouge-Denker bilatérale, et destruction des lésions facile par électro-coagulation. Mise en place d'un moulage en spires reproduisant la forme du nez. Trois semaines après l'intervention, radiothérapie à 200 Kv; dose totale 4.500 r sur chacun des deux champs. La guérison clinique est maintenue depuis trois ans et demi.

4° Les trois observations de P. Poncet se résument ainsi :

• *La première observation* est celle d'une femme qui présentait une lésion végétante du tiers moyen de la face droite de la cloison mesurant environ 3 cm de diamètre. Du côté gauche, la zone correspondante était simplement saillante, refoulée, mais recouverte d'une muqueuse normale.

Histologiquement : épithélioma spino-cellulaire différencié, mature. Le 22 février 1961, est pratiquée par voie para-latéro-nasale, une exérèse de la totalité de la cloison cartilagineuse et du tiers antérieur de la cloison osseuse, exérèse qui passe largement à distance de la lésion et qui est complétée par une électro-coagulation des tranches de section. Il n'y a pas eu de traitement complémentaire par les radiations. Deux ans et demi après, en octobre 1963, excellent état.

• *La deuxième observation* est celle d'un homme de quarante-neuf ans qui avait une fosse nasale gauche complètement comblée par une formation polypoïde très hémorragique. Histologiquement, il s'agissait d'un néoplasme malin de structure glanduliforme papillaire, cylindromateuse ou atypique suivant les points. L'intervention pratiquée le 12 mars 1954 par voie para-latéro-nasale, montra que la masse avait un point d'implantation, qui fut simplement électro-coagulé. Cette intervention fut suivie de radiothérapie avec une dose tumorale de 8.340/6.300.

La fenêtre de surveillance dut être fermée par un lambeau frontal en 1959. En novembre 1963, neuf ans après le traitement, l'état local et général est parfait.

• *Le troisième malade* a été opéré en 1953 pour un cancer de la cloison. Il présentait une volumineuse masse néoplasique de la fosse nasale droite, implantée sur la moitié antéro-inférieure de la cloison. Il s'agissait histologiquement d'un épithélioma spino-cellulaire à globes cornés kératosiques et parakératosiques. Le 28 novembre 1953, l'intervention par voie para-latéro-nasale, exérèse large au bistouri électrique de la masse et de toute l'épaisseur de la cloison, puis électro-coagulation des tranches de section. Excellent état le 5 avril 1954. Malheureusement depuis cette date, le malade est perdu de vue.

OBSERVATIONS PERSONNELLES

Grâce à la loi des séries, nous avons pu observer en l'espace de deux ans à la Pitié, 3 observations :

- OBS. N° 1 :

C'est une femme de soixante-quatre ans qui présentait le 29 juin 1964, un épithélioma unilatéral de la cloison cartilagineuse. La latence en est extrême et la symptomatologie fonctionnelle est réduite à une obstruction nasale progressive depuis trois mois, et isolée, sans phénomène algique et sans jetage sanguinolent. La rhinoscopie antérieure montre une lésion ulcéro-infiltrante dans la fosse nasale gauche. Cette ulcération siège sur la partie basse de la cloison :

— en avant, elle respecte la sous-cloison;

— en haut, elle s'arrête à distance du bord supérieur de la cloison;

— en arrière, elle reste éloignée de la cloison osseuse.

Par contre, cette lésion s'étend sur le plancher de la fosse nasale gauche dans sa partie antérieure sous forme d'éléments serpigineux. La partie alaire du vestibule est intacte. La cloison n'est pas perforée. Le stylet fait saigner les lésions mais ne donne pas de contact cartilagineux.

La fosse nasale droite est normale et la face droite de la cloison intacte. De même, le plateau palato-dentaire est normal, tant cliniquement que radiologiquement. Il n'existe aucune adénopathie. La biopsie confirme qu'il s'agit d'un épithélioma épidermoïde indifférencié sans formation cornée kératosique, sans cellules à pont d'union. Cet épithélioma riche en mitoses et atypies nucléaires se retrouve sur la totalité des prélèvements. Son stroma très grêle est inflammatoire.

Traitement :

Nous pratiquons alors, le 29 juin 1964, une très large ablation des lésions en électro-chirurgie après désinsertion de l'aile du nez correspondante, qui nous donne un jour excellent sur la lésion et ses limites saines. Cette intervention est complétée par une cobalthérapie.

• OBS. N° 2 :

La deuxième observation est celle d'un homme de cinquante et un ans, présentant depuis neuf ans, une masse bourgeonnante de la fosse nasale gauche sur la nature de laquelle nous sommes réduits à des hypothèses : papillome, lupus ?

Lorsque nous le voyons pour la première fois, cette tumeur a subi un accroissement rapide depuis un mois, bien que la symptomatologie fonctionnelle en soit très réduite à une obstruction nasale, maintenant bilatérale et isolée, sans phénomène algique, ni écoulement sanguinolent, simplement un léger suintement clair. La rhinoscopie antérieure montre une perforation de la cloison cartilagineuse et d'assez vaste dimension. Les bords en sont indurés et bourgeonnants, saignant au stylet.

Les lésions n'atteignent pas :

— en avant, la columelle;

— ni en haut, l'arrête nasale;

— en arrière, elles s'arrêtent à la cloison osseuse; par contre, en bas, elles se prolongent d'une manière notable sur le plancher de la fosse nasale. Au niveau de la fosse nasale droite, du côté opposé, les lésions restent limitées au bord de la perforation.

L'examen radiographique et tomographique ne montre aucune atteinte osseuse, notamment le plateau palato-dentaire n'est nullement envahi. Il n'y a aucune adénopathie. La biopsie révèle qu'il s'agit d'un épithélioma épidermoïde différencié mature, avec formation cornée kératosique. Cet épithélioma de type spino-cellulaire présente une structure très dense, son stroma est grêle et œdémateux.

Traitement :

Nous pratiquons ici une vaste électro-coagulation par incision para-latéro-nasale suivie de cobalthérapie.

• OBS. N° 3 :

Notre troisième malade est un homme de soixante-treize ans, qui a été vu pour la première fois par le Docteur MARCHAND au dispensaire Guy Renard, qui l'hospitalise dans le service de notre Maître, le Docteur LOISEAU le 24 mars 1964. Son histoire clinique à cette date remontait à six mois environ par des croûtes à lentrée de la narine droite puis à gauche; on retrouve chez le malade la mauvaise habitude de se gratter et de s'arracher les poils narinaires. Assez sénile, n'accusant ni gêne respiratoire nasale, ni douleur, ni un écoulement sanguinolent, il vient consulter dans le seul but de se faire délivrer une ordonnance d'une pommade à nez. L'examen montre, dépendant, au niveau de la narine droite une masse exophytique en pastille, de la taille d'une pièce de 1 F, à cheval sur ses trois-quarts sur la sous-cloison et pour quart inférieur sur le bord narinaire cutané interne. La tumeur saigne au porte-coton, elle est de surface bosselée croûteuse, avec une vaste crevasse allongée à l'union de la sous-cloison et de la partie cutanée. Ces lésions s'étendent en haut et en arrière sur la cloison cartilagineuse mais restent nettement à distance à l'arête supérieure de la cloison en haut et de la cloison osseuse en arrière. En bas elles surplombent mais respectent le plancher des fosses nasales. En avant elles prennent toute la sous-cloison et infiltrent le bord cutané de la narine. Le lobule est respecté. Au niveau de la narine opposée, on relève quelques éléments verruqueux, mais sans perforation de cloison et sans contact cartilagineux, dont la nature prête à discussion :

— simple hyperkératose ?

— propagation de la lésion au côté opposé ?

Il n'y a ni comblement, ni infiltration du sillon naso-génien. Pas d'anesthésie de la partie antérieure de la voûte, pas d'adénopathies, ni géniennes, ni sous-maxillaires, ni jugulo-carotidiennes des deux côtés. La biopsie montre qu'il s'agit d'un épithélioma épidermoïde différencié mature avec formation cornée kératosique, avec en surface une très importante production de kératine. Cet épithélioma de type spino-cellulaire présente une structure trabéculaire, son stroma est richement inflammatoire. On se retrouve donc en présente d'un épithélioma de la sous-cloison et de la cloison antérieure. Le malade ne peut être traité, car il se refuse à toute thérapeutique autre que la pommade qu'il désire. Il s'agissait d'ailleurs d'un hypertendu grave qui venait de faire un infarctus du myocarde, ce qui rendait l'acte chirurgical plus périlleux.

* *

Nos observations qui concernent toutes des épithéliomas de la cloison basse, incitent aux remarques suivantes :

a) Quoique plus fréquents chez l'homme, ils ne sont pas exceptionnels chez la femme, dans nos observations, nous notons 2 hommes et 1 femme.

b) Age :
— dans la première observation, malade âgée de 64 ans;
— dans la deuxième observation, malade âgé de 51 ans;
— dans la troisième observation, malade âgé de 73 ans.

Donc les 3 sujets sont âgés de plus de 50 ans.

c) Le rôle du grattage et des traumatismes semble assez net dans notre troisième observation, où le malade avait la fâcheuse habitude de s'arracher les poils narinaires.

d) Au point de vue histologique, il s'agit le plus souvent, d'épithélioma spino-cellulaire, contrairement aux épithéliomas de la cloison haute qui sont le plus souvent cylindriques.

e) La latence des signes fonctionnels.

— La deuxième observation l'illustre nettement; où le sujet présentait une masse bourgeonnante importante de la fosse nasale gauche et n'était venu consulter que pour se faire délivrer une ordonnance de pommade de nez.

— La première observation se caractérisait par une symptomatologie fonctionnelle réduite à une obstruction nasale progressive depuis 3 mois.

f) Le siège :

Dans nos trois observations, deux étaient des cloisons (*obs. n*^{os} *1* et *2*) et la troisième une sous-cloison; nous signalons aussi que :

— la première observation était une forme unilatérale gauche;
— la deuxième observation était une forme bilatérale;
— la troisième observation était une forme discutée.

g) Pour l'extension des lésions, nos observations nous incitent à distinguer :

— les épithéliomas de la partie antérieure de la cloison;

— et les épithéliomas de la sous-cloison, un peu différents l'un de l'autre par leur tendance évolutive.

Les épithéliomas de la sous-cloison (*obs. n° 3*) :

Ce sont des cancers cutanés s'étendant surtout, au moins au début, vers le cartilage alaire et vers la peau de la columelle, le lobule et même l'aile du nez. Ils tendent à encercler l'orifice narinaire.

Les épithéliomas de la partie antérieure de la cloison (*obs. n°s 2* et *1*) :

Ce sont des cancers muqueux; ils ont également une tendance circonférentielle mais plus postérieure. Ils s'étendent rapidement vers le plancher, puis vers la paroi externe des fosses nasales. Ce n'est que plus tardivement qu'ils s'étendet en haut et en arrière vers la cloison osseuse, en avant vers la sous-cloison et du côté opposé en traversant le périchondre et le cartilage qui résiste un certain temps.

Pour ce qui est de l'extension vers le plancher des fosses nasales, il nous a semblé, à la lecture de nos observations, que l'atteinte osseuse classique du plateau palato-dentaire et du bloc incisif était précédée d'un stade peut-être assez long d'atteinte uniquement muqueuse sans aucune prise osseuse. Ce qui est très important au point de vue de l'intervention à proposer.

h) Enfin, les métastases ganglionnaires nous sont apparues très rares. Malgré l'existence de voies lymphatiques gagnant les ganglions sous-maxillaires et ceux du pédicule facial, puis le relais de la bifurcation carotidienne. Toutes les observations dont nous avons eu connaissance faisaient état de l'intégrité ganglionnaire.

i) Quant à la thérapeutique, dans deux observations, nous avons pratiqué une électrocoagulation (*obs. n°s 1* et *2*) suivie de cobalthérapie.

EN CONCLUSION

A la lumière des observations relevées dans la littérature O.R.L. et des nôtres, on peut dire :

1) En ce qui concerne la fréquence :

Que le caractère exceptionnel des épithéliomas de la cloison nasale cartilagineuse ressort de l'analyse des différents travaux consacrés à l'ensemble des tumeurs naso-sinusiennes.

En 1948, Crozet, sur 155 tumeurs malignes des fosses nasales et des cavités accessoires relevées à la Clinique O.R.L. de Bordeaux, n'en retrouve aucun cas.

En 1951, le travail de J. Leroux-Robert et A. Znnuyer ne comporte qu'une localisation primitive de la cloison sur 104 cas d'épithéliomas ethmoïdo-maxillaires.

Dans sa thèse parue en 1956, Lompart a pu réunir 17 observations, 8 de ces observations sont tirées d'une statistique de 5.100 cas cancéreux divers examinés au Centre Léon-Bérard de Lyon et représentent un pourcentage de 0,15 %.

Dans leur livre publié en 1960 et portant sur 208 cas de tumeurs du massif ethmoïdo-maxillaire, Huet et Stéphani n'étudièrent pas cette localisation.

Enfin Bourguet, sur 131 cas, ne relève qu'une tumeur de la cloison, un sarcome, en 1961.

2) En ce qui concerne la fréquence comparée des épithéliomas et des sarcomes

Les résultats des statistiques sont assez contradictoires lorsqu'il s'agit d'apprécier leur fréquence relative.

Gougenheim et Helary, Sekoulitch, Truffert, Crozet et Ferreri estiment que dans la majorité des cas il s'agit de tumeurs conjonctives. La thèse de Lequerre donne au contraire une prédominance aux tumeurs épithéliales (14 épithéliomas pour 4 sarcomes).

Lompart, sur 19 cas, a 14 épithéliomas, 4 sarcomes et 1 tumeur mélanique.

Ces résultats contradictoires s'expliquent par le fait que les statistiques portent sur un nombre trop limité d'observations.

Analysons de plus près les 19 cas rapportés par LOMPART :

1) 14 d'entre eux sont des épithéliomas :
   — 11 épithéliomas épidermoïdes spino-cellulaires;
   — 1 baso-cellulaire;
   — 1 épithélioma épidermoïde atypique;
   — 1 épithélioma glandulaire répondant d'ailleurs à une forme haute.

2) 4 sont des sarcomes de variétés histologiques différentes :
   — 1 lymphosarcome;
   — 1 fibrosarcome ;
   — 1 myxosarcome;
   — 1 histiosarcome.

Les différentes catégories se retrouvent dans des proportions sensiblement équivalentes. Le chondrosarcome serait exceptionnel.

3) Enfin, LOMPART retrouve seulement une tumeur mélanique sur 19 cas, proportion qui paraît un peu faible, étant donné les observations relativement nombreuses publiées dans la littérature mondiale (P. PONCET).

Les observations que P. PONCET a pu réunir comportent, pour la cloison cartilagineuse :
   — 1 épithélioma spino-cellulaire;
   — 1 épithélioma cylindrique;
   — 1 lymphosarcome.

P. PONCET ajoute que les observations sont trop peu nombreuses pour pouvoir tirer des conclusions statistiques.

3) EN CE QUI CONCERNE L'ÉTIOLOGIE :

— Le petit nombre des cas rend un peu difficile leur répartition suivant l'âge ou le sexe. Signalons toutefois que la décade de cinquante à soixante ans paraît la plus exposée.

Ces tumeurs sont relativement peu fréquentes chez la femme, tant pour les épithéliomas que pour les sarcomes (LOMPART) ; mais, néanmoins, sur nos 3 observations, nous notons une femme.

— Quant aux facteurs favorisants, ils revêtent dans cette localisation la même imprécision que pour tous les autres cancers. Il est classique de discuter les facteurs d'irritation chronique : traumatismes répétés par grattage, rôle des poussières et des vapeurs toxiques. Le rôle du grattage répété semble assez net dans ces épithéliomas de la partie antérieure de la cloison et de la sous-cloison. Notre troisième observation l'illustre nettement, où le sujet a la mauvaise habitude de se gratter et de s'arracher les poils narinaires.

LEMAITRE avait pourtant fait remarquer que si les fosses nasales sont de toutes les voies respiratoires les plus exposées aux agents physiques, elles sont relativement peu sujettes au cancer. Jamais un facteur professionnel n'a pu être mis en évidence de façon nette. Jamais la manipulation du chrome, par exemple, n'a été suivie de développement d'un épithélioma de la cloison. Les lésions bénignes de la muqueuse qui peuvent aller de la simple métaplasie jusqu'à l'hyperplasie clinique et jusqu'au papillome, réalisant peut-être un état précancéreux (P. PONCET).

Nous insisterons au contraire sur une incontestable lésion précancéreuse : *le lupus*.

La dégénérescence est classique. LOMPART relève 3 cas de lésions lupiques anciennes traitées chirurgicalement et cancérisées plusieurs années après. Notre deuxième observation semble au départ un lupus ? C'est là certainement la seule donnée étiologique ferme concernant ces tumeurs (P. PONCET).

4) HISTOLOGIE :

La plupart des auteurs s'accordent à considérer les épithéliomas plus fréquents que les autres variétés de tumeurs.

Histologiquement, suivant l'étude complète de LOMPART, il s'agit essentiellement d'épithéliomas spino-cellulaires.

Il relève sur 13 cas :

— 11 épithéliomas spino-cellulaires;
— 1 épithélioma épidermoïde atypique;
— 1 épithélioma baso-cellulaire.

Paul PONCET, sur 3 cas de la partie de la cloison, note :

— 1 épithélioma spino-cellulaire;
— 1 épithélioma cylindrique.

Le cas signalé en 1963 par BÉRARD et GANDON est un épithélioma spino-cellulaire; quant à nos 3 observations, elles se divisent ainsi :

— 1 épithélioma épidermoïde indifférencié;
— 2 épithéliomas épidermoïdes indifférenciés matures avec formation cornée kératosique.

Nous voyons, au point de vue histologique, qu'il s'agit le plus souvent d'épithéliomas spino-cellulaires contrairement aux épithéliomas de la cloison haute qui sont le plus souvent cylindriques.

5) CLINIQUEMENT :

Les signes révélateurs dans les différentes publications sont ceux d'une néoformation intra-nasale essentiellement :

— une obstruction nasale;
— des hémorragies.

Nous avons vu dans nos observations que ces signes révélateurs peuvent être d'une grande latence. Ainsi, notre deuxième observation l'illustre nettement où le sujet présentait une masse importante bourgeonnante de la fosse nasale gauche et n'était venu consulter que pour se faire délivrer une ordonnance de pommade du nez.

Quant à la première observation, elle se signale simplement par une symptomatologie fonctionnelle réduite à une obstruction nasale progressive depuis trois ans.

Dans certaines publications, l'obstruction est relativement précoce, unilatérale permanente progressive. Elle reste rebelle aux traitements médicaux habituels. Les hémorragies sont

signalées sous forme de petites épistaxis indolores, simples stries sanglantes parfois, ou sous forme de saignements plus importants. Leur apparition spontanée, leurs récidives fréquentes sont évocatrices.

Plus rarement, l'attention est attirée par :

— soit une ulcération de l'aile du nez;

— soit des phénomènes inflammatoires à type de sinusite chronique.

La rhinoscopie antérieure révèle la formation tumorale, généralement à la partie moyenne de la cloison cartilagineuse. Dans les observations, on trouve qu'elle se présente :

— soit sous forme d'une ulcération aux bords saillants et indurés allant au cartilage ou même le perforant et faisant communiquer les deux formes nasales;

— soit sous forme d'une tumeur végétante, friable, saignant au contact, pouvant prendre un aspect polypoïde, combler la fosse nasale et apparaître même à l'orifice narinaire.

6) Extension :

Macroscopiquement, la plupart des observations notent que ces tumeurs restent longtemps limitées à une des faces de la cloison, le cartilage et le périchondre faisant barrière. Cependant, le cartilage finit par se nécroser, se perforer, et la tumeur s'étend du côté opposé.

D'après les publications, l'extension de ces tumeurs peut se faire vers le haut, les lésions peuvent diffuser à la cloison osseuse et atteindre la lame criblée.

Mais leur extension se fait surtout vers le bas, vers le pied de la cloison et le plancher des fosses nasales, venant infiltrer l'os du bloc incisif, le plateau palato-dentaire et la voûte palatine, et réalisent un vaste cancer ostéo-cartilagineux relevant d'une large exérèse chirurgicale. Latéralement, le cornet inférieur et les cartilages alaires sont tardivement envahis. Quant à l'extension en arrière, elle est variable, mais doit être pré-

cisée minutieusement car le traitement par les radiations nécessite une limitation anatomique précise (P. PONCET).

Mais de l'analyse de nos observations, il convient à notre avis de distinguer les épithéliomas de la partie antérieure de la cloison et les épithéliomas de la sous-cloison, un peu différents l'un de l'autre par leur tendance évolutive :

— les épithéliomas de la sous-cloison, cancers cutanés s'étendent surtout, du moins au début, vers le cartilage alaire et vers la peau de la columelle, le lobule et même l'aile du nez, ils tendent à encercler l'orifice narinaire;

— les épithéliomas de la partie antérieure de la cloison, cancers muqueux, ont également une tendance circonférentielle, mais plus postérieure. Ils s'étendent rapidement vers le plancher, puis vers la paroi externe des fosses nasales. Ce n'est que plus tardivement qu'ils s'étendent en haut et en arrière vers la cloison osseuse, en avant vers la sous-cloison, et du côté opposé en traversant le périchondre et le cartilage qui résiste un certain temps. Pour ce qui est de l'extension vers le plancher des fosses nasales, il nous a semblé à la lecture de nos observations et de celles dont nous avons eu connaissance, que l'atteinte osseuse classique du plateau palato-dentaire et du bloc incisif était précédée d'un stade peut-être assez long d'atteinte uniquement muqueuse sans aucune prise, ce qui est très important du point de vue de l'intervention à proposer.

Les publications insistent sur le diagnostic d'extension qui peut être fait par :

1) L'exploration endo-nasale qui fixe assez facilement l'étendue de l'ulcération et de l'infiltration tumorale. Elle permet d'apprécier l'état du cartilage, de vérifier la muqueuse du côté apparemment sain. Surtout, il faudrait rechercher l'envahissement éventuel du pied de la cloison et du bloc incisif (P. PONCET).

2) Les radiographies standard et surtout les tomographies de face. Celles-ci, faites à 4, 5, 6 cm, sont un témoin très précieux de l'extension lésionnelle.

3) L'examen ophtalmologique et par la recherche systématique soigneuse des adénopathies cervicales, en particulier dans les aires sous-maxillaires. L'extension ganglionnaire est considérée comme tardive par la plupart des auteurs. Les métastases sont considérées exceptionnelles.

4) La biopsie, enfin, fixera le type histologique de la tumeur et permettra d'éliminer un certain nombre de diagnostics que la clinique aurait pu soulever.

a) Les ulcérations banales fissuraires, les ulcères médicamenteux, l'ulcère de Hajek, le polype saignant de la cloison seront facilement éliminés. Insistons cependant sur les difficultés que peuvent faire naître les lésions hyperplasiques bénignes avec infiltration du chorion qui peuvent en imposer histologiquement pour une néoformation maligne (P. PONCET).

b) La syphilis est exceptionnelle.

c) La tuberculose mérite surtout d'être discutée (PONCET) :
— soit qu'elle se présente sous forme de tuberculome;
— soit essentiellement qu'il s'agisse d'un lupus, susceptible lui aussi d'entraîner une perforation de la cloison entourée de petites granulations rouges ou brunâtres exulcérées, infiltrant la profondeur. La dégénérescence du lupus est classique, relativement fréquente, difficile à déceler à son début.

d) La biopsie permet d'éliminer les autres tumeurs malignes.

e) Enfin, une ulcération plus ou moins végétante de la cloison, un examen histologique ne montrant qu'un tissu de granulations d'allure banale font discuter la possibilité de l'exceptionnel granulome malin.

TRAITEMENT

A la lecture des différentes observations, ainsi que le travail complet fait par P. PONCET à la *Société Latine* en 1964, on constate que, dans le traitement, il a été envisagé successivement les méthodes thérapeutiques, puis leur indication, enfin leurs résultats.

I. — Les méthodes thérapeutiques

La chirurgie et les radiations ont parfois été employées isolément, mais c'est surtout leur association qui a permis d'obtenir des résultats intéressants :

— soit que les radiations soient venues compléter l'acte chirurgical;

— soit que l'électro-chirurgie ait permis la cure d'une récidive après radiations;

— soit que la chirurgie n'ait été qu'une voie d'abord permettant une utilisation rationnelle de la contactothérapie ou du radium.

1) CHIRURGIE

Parmi les différentes voies qui ont été employées, on trouve :

— La voie narinaire, habituellement insuffisante.

— La désinsertion de l'aile du nez (HAUTANT et MONOD). Elle expose simplement la cloison cartilagineuse basse.

— La voie buccale (incision vestibulaire et la technique de rouge-Denker) qui est recommandée par AUBRY dans les formes basses, car elle donne un jour satisfaisant sur la cloison et permet une résection large du plateau palato-dentaire s'il est envahi.

— La préférence est donnée par la plupart des auteurs à la rhinotomie para-latéro-nasale de Moure, telle qu'on la pratique pour la plupart des tumeurs du massif ethmoïdo-maxillaire. L'incision cutanée commence au niveau de l'angle interne de l'œil, descend le long du sillon naso-génien, contourne l'aile du nez et se termine à l'orifice narinaire. Il peut être intéressant de la prolonger vers le bas par une section médiane de la lèvre supérieure qui n'est pas inesthétique et donne un jour beaucoup plus large (P. PONCET). On rugine et on réséque l'os propre et le couvercle ethmoïdo-maxillaire. On rabat l'aile du nez en dedans et on a ainsi un vaste jour sur la fosse nasale et l'ethmoïde. La tumeur peut être réséquée largement, résection qui sera complétée par une électro-coagulation massive des tranches de section (PONCET). L'incision para-latéro-nasale est une excellente voie d'abord pour le radium ou la cobaltothérapie.

2) LES RADIATIONS

Tour à tour, les différentes radiations ont été utilisées.

• LA RADIOTHÉRAPIE CONVENTIONNELLE :

Faite avec un appareil de 200 kV ou de plus haut voltage, elle nécessite trois portes d'entrée :

— un champ antérieur, direct, principal, mesurant approximativement 6 cm de haut sur 4 cm de large. Il est limité en haut par une ligne passant au niveau de la glabelle, en bas par une ligne passant au niveau de l'épine nasale. Latéralement, il s'arrête aux sillons naso-géniens mais peut déborder un peu vers le massif facial dans les formes étendues (P. PONCET) ;

— deux champs latéraux : droit et gauche. Homologues, irradiés chacun par un faisceau transversal. Leurs limites sont, en haut, par une horizontale tangente au plancher orbitaire, en bas une parallèle au palais osseux, en arrière le bord antérieur du masseter, en avant la pointe narinaire.

Le champ direct a un rendement presque intégral; par contre, les champs latéraux ne donnent que 50 à 60 % au niveau de la lésion, et la distribution de la dose n'est pas homogène (P. Poncet). Au niveau de la pointe, du fait de la disparition de la barrière osseuse, le rendement s'accroît, et il y a des risques non négligeables de points chauds et de surdosage. En arrière, au contraire, la dose diminue rapidement du fait de la barrière osseuse constituée par le maxillaire supérieur.

La répartition n'est pas homogène; de plus, dans les épithéliomas, la marge de sécurité entre la dose cancéricide et la dose de nécrose est étroite. On risque :

— soit un sous-dosage et non stérilisation;

— soit un surdosage, générateur de nécrose. Enfin, l'extension osseuse est une contre-indication, qu'elle se fasse vers l'ethmoïde et les os propres ou vers l'épine nasale et l'os incisif, car elle expose à une radiochondronécrose (P. Poncet).

• La télécobaltothérapie :

Les avantages de cette technique sur la radiothérapie conventionnelle sont bien connus; elle respecte la peau, elle n'est pas arrêtée par les plans osseux. Mais son utilisation relativement récente fait qu'elle n'a encore à son actif qu'un nombre restreint de cas, avec un recul insuffisant.

• La cyclothérapie :

Les auteurs la considèrent intéressante, surtout dans les cancers profonds médio-thoraciques et pelviens. Mais pour une localisation aussi superficielle, la dose-tumeur nécessaire étant très proche de la dose épidermicide, ce mode de traitement

permet d'utiliser au maximum la résistance et le pouvoir de régénération cutanée sans risque de recoupement des champs ou de points chauds (P. Poncet).

On peut utiliser soit la roentgenthérapie, soit le télécobalt. L'axe du cylindre de pendulation désiré est choisi en fonction du volume tumoral, soit crânio-caudal, soit transversal.

On peut donner une dose totale cutanée de 5.000 r, ce qui correspond à une dose-tumeur de 3.500 r environ (P. Poncet). R. Mayoux a traité de la sorte un lupus dégénéré de la cloison et du cornet inférieur, mais la cyclothérapie a dû être complétée en fin de traitement par une application de radium (1 mcd sur deux localisations). Résultat satisfaisant après un an de recul.

• La bêtathérapie :

Les accélérations linéaires et surtout les bêtatrons commencent à être utilisés. Les auteurs considèrent qu'il est trop tôt pour juger de leur efficacité, mais les résultats actuels paraissent encourageants, et il n'est pas impossible qu'ils ne finissent par supplanter les autres radiations (P. Poncet).

• La radiothérapie de contact :

Cette méthode est très séduisante car la dose décroît très rapidement en profondeur, ce qui permet de respecter le cartilage. Elle ne peut s'adresser qu'aux formes unilatérales, de faible surface, sans atteinte cartilagineuse. Elle nécessite une rhinotomie latérale simple avec relèvement de l'aile du nez et mise à plat de la partie antérieure de la cloison. La dose (de 5 à 7.000 r) est distribuée en une seule fois, puis l'aile du nez est remise en place et suturée. M. Gignoux et J. Gaillard ont traité ainsi 2 malades avec succès. L'un a un recul de huit ans, l'autre de trois ans.

R. Bourgeois, Le Camus et Pinel ont publié également un cas de guérison à un an par radiothérapie de contact en employant une technique fractionnée en quatre séances de vingt secondes.

• Le radium :

Il a été et demeure un des moyens thérapeutiques les plus utilisés dans les épithéliomas de la cloison :

— soit seul;

— soit beaucoup plus souvent en association.

L'aiguillage de la tumeur elle-même présente deux inconvénients : un danger de nécrose du cartilage et de l'os sous-jacent, un risque de non-stérilisation de la partie postérieure de la lésion. P. Poncet considère que le radium doit être réservé aux lésions résiduelles circonscrites par la radiothérapie et facilement accessibles.

Par contre, l'utilisation des tubes radifères a la faveur de nombreux auteurs. Ces tubes sont placés au voisinage de la lésion et laissés un temps suffisant pour distribuer 1 à 2 mcd par cm^3 de volume tumoral. Ils sont maintenus soit par un appareil moulé, soit par fixation à une sonde.

Leur mise en place et leur contention sont beaucoup plus faciles si l'on utilise une voie d'abord chirurgicale préalable, para-latéro-nasale ou plus simplement désinsertion de l'aile du nez suivant la technique de Hautant et Monod. Par cette dernière technique, Sakon a obtenu deux guérisons.

II. — Les indications

Dans les cancers de la cloison nasale cartilagineuse, les indications dépendent d'une part de la forme histologique, d'autre part du siège et de l'extension anatomique des lésions.

a) Pour une petite lésion en surface unilatérale, la plupart des auteurs utilisent avec une voie d'abord chirurgicale :

— soit l'électro-chirurgie;

— soit la radiumthérapie par appareil moulé;

— soit la contactothérapie.

b) Pour une lésion bilatérale, ils ont recours :
— soit à la radiothérapie conventionnelle ou au télécobalt;
— soit mieux à la cyclothérapie;
— soit au radium.

L'électro-chirurgie large est possible à condition qu'il ne s'agisse pas d'une forme trop antérieure susceptible d'entraîner un gros dommage esthétique.

c) Les formes inférieures atteignant le plancher sont souvent opérées avec interventions assez mutilantes comportant une résection plus ou moins étendue au plateau osseux palato-dentaire.

III. — Traitement des aires ganglionnaires

Dans les formes basses ne dépassant pas la cloison, la rareté des métastases ganglionnaires fait que l'évidement ganglionnaire prophylactique ne paraît pas justifié (M. Marchand).

Nous voyons qu'au point de vue thérapeutique, qui a été parfaitement étudié dans les publications antérieures, notamment par Bérard, Gandon et par P. Poncet, il ressort l'importance de l'exérèse en électro-coagulation des lésions, après une voie d'abord assez large et li'ntérêt de la faire suivre de cobaltothérapie locale et ganglionnaire (M. Marchand).

IV. — Les résultats

Dans les formes basses, les résultats sont très encourageants. Nous citerons la statistique de Lompart qui groupe 13 épithéliomas de la cloison basse :

— 6 cas ont plus de cinq ans de recul; 5 d'entre eux ont eu une guérison de plus de cinq ans;

— les 7 autres cas ont été traités au cours de cinq années qui ont précédé la parution de la thèse; 5 d'entre eux ont eu un résultat satisfaisant, mais un recul insuffisant pour conclure.

Leroux-Robert et Poncet obtiennent 3 guérisons :

— une avec un recul de neuf ans;

— les deux autres respectivement avec un recul de deux ans et demi et un an, car ce dernier est perdu de vue en avril 1954.

Pour F. Bérard et Gandon, en 1963, la guérison clinique est assurée depuis trois ans et demi pour leur seul cas.

En ce qui concerne nos trois observations, il est encore trop tôt pour conclure, mais néanmoins on peut dire que sur les trois cas, deux présentent actuellement un état satisfaisant et le troisième a refusé tout traitement.

CONCLUSION

I. — Nous avons rapporté trois observations d'épithéliomas de la cloison nasale cartilagineuse.

II. — Elles concernent deux hommes et une femme.

III. — Tous ces sujets étaient âgés de plus de cinquante ans.

IV. — Le rôle du grattage et des traumatismes répétés semble assez net dans ces épithéliomas de la partie antérieure de la cloison, et surtout de la sous-cloison, notre troisième observation l'illustre nettement.

V. — Au point de vue histologique, il s'agit le plus souvent d'épithéliomas spino-cellulaires — nos trois observations sont d'ailleurs des épithéliomas de ce type —, contrairement aux épithéliomas de la cloison haute qui sont plus souvent cylindriques.

VI. — Au point de vue clinique, la latence fonctionnelle nous est apparue remarquable.

VII. — Pour l'extension, il nous semble possible d'opposer deux formes qui sont un peu différentes l'une de l'autre par leur tendance évolutive :

— les épithéliomas de la sous-cloison qui s'étendent surtout, au moins au début, vers le cartilage alaire et vers la peau de la columelle, le lobule et même l'aile du nez; ils tendent à encercler l'orifice narinaire;

— les épithéliomas de la partie antérieure de la cloison, cancers muqueux, ont également une tendance circonférentielle, mais plus postérieure. Ils s'étendent rapidement vers le plancher, puis vers la paroi externe des fosses nasales. Ce n'est que tardivement qu'ils s'étendent en haut et en arrière vers la cloison osseuse, en avant vers la sous-cloison et du côté opposé en traversant le périchondre et la cartilage, qui résiste un certain temps.

VIII. — Enfin, les métastases ganglionnaires nous sont apparues très rares. Malgré l'existence de voies lymphatiques gagnant les ganglions sous-maxillaires et ceux du pédicule facial, puis le relais de la bifurcation carotidienne, toutes les observations dont nous avons eu connaissance faisaient état de l'intégrité ganglionnaire.

IX. — Quant à la thérapeutique, nous insistons sur l'intérêt de l'exérèse en électro-coagulation des lésions après une voie d'abord assez large et l'intérêt de la faire suivre de cobaltothérapie locale et ganglionnaire. La rareté des métastases ganglionnaires ne justifiant nullement un curage ganglionnaire de principe.

Vu, le Doyen :
CORDIER

Vu, le Président de Thèse :
AUBRY

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

AUBRY (M.). — Chirurgie de l'oreille, du nez, du pharynx, du larynx, de la cloison, p. 367.

BARZILAY. — Epithélioma des fosses nasales. (*Thèse,* Paris, 1884.)

BERTEMES. — Polypes muqueux et épithélioma des fosses nasales. (*Revue hebdomadaire de Laryngologie,* 1900, t. 11, 71, pp. 244-247.)

BÉARD. — Carcinome primitif de la cloison nasale. (*Western. Med.,* février 1905.)

BÉRARD, GANDON et POLLET (J.). — Une observation d'épithélioma de la partie inférieure de la cloison. (*Ann. Oto-laryngologie,* 1964, t. 81, nos 1-2.)

BLAZY. — Contribution à l'étude des tumeurs malignes et primitives de la cloison du nez. (*Thèse,* Paris, 1896.)

CASABIANCA. — Affections de la cloison. (*Thèse,* Paris, 1876.)

CHAMBAY. — Epithélioma des fosses nasales. (*Revue hebdomadaire de Laryngologie,* 1900, t. 11, 27, pp. 485-590.)

CHIARI. — Néo de la cloison. (*Revue de Moure,* 1896.)

CLARK. — Epithélioma de la cloison. (*Med. Record,* 1894.)

CLAVERIE. — Tumeurs malignes des fosses nasales. (*Thèse,* Bordeaux, 1886.)

COZZALINO. — Contribution à l'étude clinico-histologique des néoplasmes du cornet et du septum nasal. (*Arch. Ital. di Otol.,* 1894, 7.)

CROZET. — Considération statistique sur les tumeurs malignes des fosses nasales et des cavités accessoires. (*Revue de Laryngologie de Bordeaux,* 1948, 69, pp. 179-185.)

GOUGENHEIM et HELARY. — Des tumeurs malignes de la cloison des fosses nasales. (*Anales des maladies de l'oreille et du larynx,* 1893, 19, pp. 285-325.)

GOURDIAT. — Contribution à l'étude des tumeurs malignes des fosses nasales. (*Thèse,* Lyon, 1897.)

GRIMES. — Pronostic des tumeurs malignes des fosses nasales. (*Thèse,* Toulouse, 1924.)

GIGNOUX et GAILLARD (J.). — Le traitement des épithéliomas de la cloison nasale. (*Ann. d'Otol-Laryngol.,* 1955, 72, pp. 393-403.)

GIGNOUX, PAPILLON (J.) et RABATTU (J.-P.). — De l'emploi de la radiothérapie de contact dans le traitement des épithéliomas de la cloison. (*J. Français d'O.R.L., I. VI,* 1952, pp. 312-315.)

HALPHEN (E.), WORMS (G.). — Nouveau traité de chirurgie d'O.R.L., XXI. Maladies des fosses nasales et des sinus. (Paris 1932.)

LEDOUX. — Tumeurs malignes des fosses nasales. (*Revue de Laryngologie et de Rhinologie,* 1932, t. 11, 53, pp. 1059-1063.)

LEROUX-ROBERT et ENNUYER. — Cancers du massif ethmoïdo-maxillaire. (*Ann. d'Oto-Laryngologie,* 68, 88, p. 617.)

LEMAITRE et KLOTZ. — Tumeurs malignes des fosses nasales. (*Encyclopédie médico-chirurg.,* janvier 1951.)

LEQUERRE. — Contribution à l'étude des tumeurs malignes primitives des fosses nasales. (*Thèse,* Bordeaux, 1921.)

LOMPARD. — Contribution à l'étude des tumeurs malignes primitives de la cloison nasale. (*Thèse,* Lyon, 1955.)

MAYOUX (J.-P.), RABATTU, PAPILLON (J.-F.), MONTBARBON et LAAGEL. — Epithélioma de la cloison nasale traité par radiothérapie pendulaire. (*J. Français d'O.R.L.,* février 1956, pp. 163-157.)

MOURE. — Traitement des tumeurs malignes des fosses nasales. (*J. de Médecine de Bordeaux,* 1910, pp. 449-451.)

OREGGIA. — Du cancer cutanéo-muqueux de la cloison nasale. (*Revue Argent. d'O.R.L.*, 7 août 1932.)

PONCET (E.). — Les tumeurs de la cloison nasale. (*Société Latine d'O.R.L. au Congrès de Bologne*, 1964.)

ROCHER. — Epithélioma de la cloison du nez. (*J. de Médecine de Bordeaux*, 1900, 26, p. 470.)

SAKON. — Contribution au traitement de l'épithélioma de la cloison nasale. (*Ann. d'Otol. Laryngol.*, 1931, pp. 55-60.)

SEKOULITCH. — Etude statistique sur les tumeurs malignes en O.R.L. (*Revue de Laryngologie*, 1925, 46, pp. 194-217.)

TERRAGOL (J.). — Les maladies des fosses nasales, p. 428.

TRUFFERT. — Oto-rhino-laryngologie. Tumeurs des fosses nasales, p. 107.

VAN SVIETEN et EEMANN. — Un cas d'épithélioma de la cloison du nez. (*Ann. des maladies de l'oreille et du larynx*, 1926, p. 338.)

IMPRIMERIE R. FOULON & CIE, 29, RUE DEPARCIEUX, PARIS XIV[e]